

УДК 612.821

С.В. Пронин, Н.А. Пронина, О.Ю. Лазарева, В.В. Захарова, О.Г. Донская, Ю.Г. Степанов

МОТИВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ В ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЭГ-АЛЬФА-ТЕТА-ТРЕНИНГОВ

ГУ НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН
Наркологическая больница "Витар", Новосибирск

Оценка эффективности применения ЭЭГ-альфа-тета-тренингов как системы, позволяющей достичь у пациента состояния спокойного бодрствования, невозможна без прояснения мотивации пациента при рассмотрении ее как необходимой предпосылки для лечения. Прежде всего внимание акцентируется на прояснении терапевтических ожиданий больного и побуждении его к активному участию в терапевтическом процессе. Необходимо отметить, что обращение к диагностическим мотивационным моделям связано с попыткой решения такой прогностической задачи, как повышение эффективности лечебных мероприятий, препятствующих развитию наркотических стигм. Можно отметить несколько подходов к изучению побудительных мотивов пациента, связанных с трансформацией его поведенческих реакций. Один из которых, клиент – центрированный, подход в оценке готовности пациента начать лечение с помощью специальных опросников, позволяющих "заострить" его проблемы, связанные с приемом психоактивных веществ (ПАВ).

Ключевые слова: биотренажеры, больные опийной наркоманией

Необходимость поэтапного рассмотрения мотивационного процесса признается многими исследователями [1–4], как правило, внесшими понятие "мотивационное поле", в рамках которого происходит формирование внешних реакций. Введение понятия "мотивационное поле" связано с заданием определенных рамок изучаемого процесса. Обычно здесь рассматриваются следующие компоненты мотивационного поля при субстанциональной зависимости – самооценка, аффективная симптоматика, конформность, агрессивность, способность клиента принимать решение, выраженность прессинга на него со стороны окружения и его побудительные мотивы к изменению своего состояния. Например, по такому принципу построена мотивационная модель программы TCU. Такой подход, на наш взгляд, позволяет более полно отразить состояние внешних и внутренних мотиваторов, влияющих на поведение аддиктивной личности. Предлагаемая [6] поведенческая модель для оценки роли мотивации в формировании эффективной лечебной программы делает попытку рассматривать аддиктивную личность как своеобразный "черный ящик" со многими неизвестными, где для успешности лечения необходимо [7], во-первых, признание пациентом проблем, связанных с приемом наркотиков (Drug Use Problems) (ведущие клинические критерии определены DSM-IV); во-вторых, признание необходимости помощи (Desire for Help) и в-третьих, готовность пациента начать лечение (Treatment Readiness), где часто уже приходится говорить только "о последнем шансе". На стадии готовности больного начать лечение мы считаем разумным ориентирование его на стратегию "лучше сиңица в руках, чем журавль в небе".

Для наглядности приводим краткий анамнез пациента И-ко, 18 лет, анализ мотивационного поля которого представлен ниже.

Анамнез жизни больного: был в семье служащих единственным ребенком. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В развитии от свер-

стников не отставал; рос спокойным, малообщительным, мечтательным ребенком. Из перенесенных заболеваний отмечаются частые простудные заболевания. Травмы головы отрицает; туберкулеза, венерических заболеваний не было. В школу пошел с семи лет. Учился средне, любил рисовать. В двенадцать лет записался на дзюдо, но, отзанимавшись полгода, бросил; затем стал посещать художественную школу; через полтора года оставил ее, так как не хватало усидчивости. В девятом классе поступил в медицинский лицей, по окончании которого в 1997-м году сдал экзамены в медицинский институт, но со второго семестра 1998-го года ушел в академический отпуск. В настоящее время не учится и не работает. Живет с родителями.

Анамнез настоящего заболевания: в 1996-м году впервые в компании сверстников попробовал анашу. Курил три раза в неделю в течение первого месяца. Психическая зависимость стала проявляться в виде желания испытать "легкость движений, быстроту мыслей", в потребности общения. Со второго месяца стал курить ежедневно (2–3 крутки на день), но и это поднимало настроение уже в меньшей степени. Стали появляться мысли добавить "тяжелых" наркотиков, т. к. курение анаши не вызывало прежнего "полноценного" эффекта психического комфорта. В начале 1997-го года попробовал "ханку" (кустарно приготовленный опий). Вторая проба "тяжелых" наркотиков – через полгода. В октябре – ноябре 1997-го года опять вернулся к "ханке" с регулярностью – 5 раз в месяц (за одну инъекцию $1/2 - 1$ г); в это время продолжал курить анашу, план. Отмечает, что влечение к "ханке" – "среднее"; было ощущение, что при желании может обойтись без наркотиков. С ноября 1998-го года перешел на героин (около 100 мг за сутки); "нюхал" раз в три дня. Понял, что героин "легче, благороднее". Физического влечения не чувствовал, только испытывал психическую тягу; конкретизировать свои психические ощущения не может. В феврале 1998-го года не смог продолжать учебу. Появилась неусидчивость, пропал интерес к учебе. Взял академический отпуск. Стал раздражительным, снизилась память. С марта 1998-го года перешел на

“ханку”, т. к. героин “стоит дорого”. Начальные инъекции – два раза в неделю по полтора грамма; такая доза держалась в течение двух недель. Затем доза возросла до пяти раз в неделю, т. к. надо было снимать “ломку”. Иногда вводил наркотик два раза в день по 2–3 г за сутки. Анашу не курил с июня по июль. С 20 июня по 26 июля 1998-го года лежал в 4-й психбольнице Новосибирска. Причина госпитализации – требование родителей. Сильной “ломки” не было, только небольшое потягивание в мышцах конечностей в течение двух дней и сильная раздражительность. Принимал снотворное; проводилась дезинтоксикация. После выписки с июля по декабрь курил анашу до двух раз в неделю. С сентября попробовал героин, который нюхал в течение месяца, около 100 мг за сутки. Затем снова стал колоться героином от двух до пяти раз в неделю. Доза в день – 50–100 мг. В конце ноября около двух недель лечился в стационаре городского наркологического диспансера, где нарушал лечебный режим, продолжая принимать наркотики.

Интерпретация данных мотивационного поля пациента И-ко показана на рис. Шкала “самоуважение” или “самооценки” коррелировала с давностью приема психоактивных веществ (ПАВ). В рассматриваемом примере тестирование проводилось через две недели после последнего употребления наркотиков. Эффективность выполнения лечебной программы напрямую связана с повышением данного показателя.

Индексы по шкалам “депрессия” и “тревога” однозначно, по нашим наблюдениям, свидетельствуют о начале формирования ремиссии и прекращения приема ПАВ; их повышение обычно связано с наркотическим срывом и продолжением приема наркотиков.

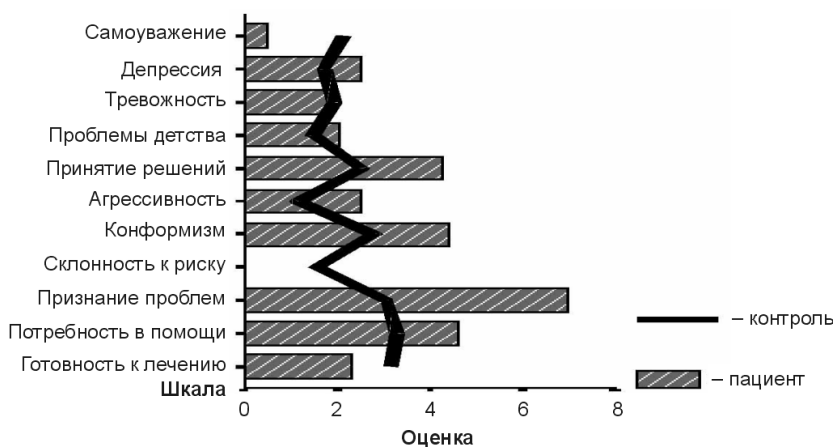


Рис. Оценка “мотивационного поля” пациента И-ко. Опросник SRF-MOT(5-97)

Завышенные оценки по шкале “конформность” свидетельствуют, в первую очередь, о готовности сознательного изменения пациентом своих ожидаемых реакций, соразмеряемых с реакцией окружающих, в первую очередь, из-за выраженности внешнего “убеждения”. Необходимо отметить, что высокие оценки по этому параметру отражают и степень подверженности пациента суггестивным воздействиям, и стремление получить поддержку своего близкого, семейного окружения (круг “Я”); при исчерпании ресурса этого уровня наблюдался переход ко второму уровню (круг “Ты”) – обычно возоб-

новление контактов со старыми друзьями. Появление своеобразного круга “Они” было связано с обращением за поддержкой к медицинской системе только в дезадаптивных ситуациях. Такие пациенты, по нашим наблюдениям, наиболее подвержены внешнему прессингу, в чем бы лице он не был представлен. Данному пациенту проводилась патогенетическая психотерапия с достижением частичной ремиссии; раз в три–четыре месяца отмечались наркотические срывы, требующие коррекции общего состояния пациента и реконструирования мотивационных аспектов поведения.

В начале занятий у пациента отмечалось импульсивное поведение, повышенная раздражительность, тревожность, навязчивые сновидения с наркотической тематикой. В результате тренингов наблюдалась клиническая стабилизация ремиссии; заметно изменилась динамика основных ритмов, их мощность. К двенадцатой сессии отмечено повышение амплитуды основных ритмов, их синхронизация. Стало заметно усиление психопатологической и соматовегетативной компонент патологического влечения к наркотическим веществам. Усилилась раздражительность, быстрая истощаемость внимания; появилась слабость, вялость. Тренинги были приостановлены из-за появившейся клиники острого гепатита – нарастающей желтухи, которая редуцировала после детокса в течение двух недель. Был поставлен диагноз “гепатит С”. Последняя инъекция раствора “ханки” – три месяца назад. В последующем занятия были продолжены. Катамнез на 2004-й год – пациент несколько лет находится в ремиссии.

Таким образом, анализ состояния проблемы, связанной с изучением мотивации пациента, факторов, влияющих на нее, показывает наличие нескольких подходов. Практически отсутствуют работы по психофизиологической оценке внутренних механизмов формирования мотивационного поля и связанных с этим стереотипных поведенческих паттернов у аддиктивной личности. Важно определить их значение для повышения эффективности БОС-тренингов. Определенный накопленный опыт позволяет говорить о перспективности данного подхода, позволяющего сделать более congruentными взаимоотношения в системе “пациент – изменение его внутреннего состояния – терапевтическая система”; повысить мотивацию пациента к участию в ЭЭГ-альфа-тета-тренингах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванников В.А. Формирование побуждений к действию / В.А. Иванников // Вопр. психолог. 1985. № 3. С. 35–36.
2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. СПб., 2000.
3. Магомед-Эминов М.Ш. Психодиагностика мотивации / М.Ш. Магомед-Эминов // Общая психодиагностика. М., 1987.
4. Файзулаев А.А. Мотивационные кризисы личности / А.А. Файзулаев // Психолог. журн. 1989. № 3. С. 26–29.

5. *Prochaska J.O.* Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change / J.O Prochaska, C.C. DiClemente // *Psychotherapy: theory, research and practice*. 1982. Vol. 19. P. 276–288.
6. *Simpson D.D.* Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program / D.D. Simpson, S.B. Sells // *Advances in Alcohol and Substance Abuse*. 1982. Vol. 2. № 1. P. 7–29.
7. *Simpson D.D.* Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment / D.D. Simpson, G.W. Joe // *Psychotherapy*. 1993. Vol. 30. № 2. P. 357–368.